

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1929 - 1930 - N° 7

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
du Fibrome
de la paroi abdominale

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MEDECINE et de PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 6 Novembre 1929

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

PAR

Henri GUINCHARD

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

né à Fesches-le-Chatel, le 13 Aout 1904



IMPRIMERIE INTERSYNDICALE
LYONNAISE

46, Rue de l'Université, 46
Tél. : Vaudrey 32-55

LYON

—
1929

**CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU FIBROME
DE LA PAROI ABDOMINALE**



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41545316_0089

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1929 - 1930 N° 7

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
Fibrome
de la paroi abdominale

THESE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 6 Novembre 1929

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Henri GUINCHARD

Elève de l'Ecole au Service de Santé Militaire

né à Fesches-le-Chatel, le 13 Aout 1904



IMPRIMERIE INTERSYNDICALE
LYONNAISE

46, Rue de l'Université, 46

LYON

—
1929

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ.
Doyen	M. J. LEPINE.
Assesseur	M. ROLLET.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, ROQUE, BARD, LANNOIS

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PIC.
Cliniques chirurgicales.	PAVIOT
Clinique obstétricale et Accouchements	TIXIER
Clinique ophtalmologique.	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	VORON
Clinique neurologique et psychiatrique.....	ROLLET
Clinique des maladies des enfants	NICOLAS
Clinique des maladies des femmes	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	VILLARD
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	COLLET
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	ROCHET
Chimie biologique et médicale	NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie	CLUZET
Matière médicale et Botanique	HUGOUNENQ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL
Anatomie	BRETIN
Histologie	GUIART
Physiologie	LATARJET
Pathologie interne	POLICARD
Pathologie et Thérapeutiques générales	DOYON
Anatomie pathologique	FROMENT
Chirurgie opératoire	CADE
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	FAVRE
Médecine légale	PATEL
Hygiène	ARLOING (F.)
Thérapeutique	Etienne MARTIN
Pharmacie	COURMONT (P.)
Hydrologie thérapeutique et climatologie	SAVY
	LEULIER
	PIERY

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe	MM. VALLAS
— — Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN
— — Chimie minérale	BARRAL
— — Urologie	GAYET

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. THEVENOT (Léon)
Puériculture et hygiène de la première enfance	RHENTER
Chirurgie expérimentale	TAVERNIER
Applications du radium	NOGIER
Stomatologie	TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
GARIN	MAZEL	CHEVALIER	MARTIN (J.)
TRILLAT	SANTY	DUMAS	ROCHET (Ph.)
SARVONAT	DUNET	DUFOURT	WERTHEIMER
FLORENCE (G.)	CHALIER (A.)	DEVIC	BERNHEIM
ROCHAIX	CHALIER (J.)	GABRIELIE	DECHAUME
RHENTER	NOEL	MANCEAU	POLLOSSON

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

M. PATEL, Président ; M. THÉVENOT Léon Assesseur ;

MM. WERTHEIMER et POLLOSSON, Agrégés

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.



A LA MÉMOIRE DE MA MERE.

A MON PERE

A MA SECONDE MERE

Elle m'a élevé avec une affection
et un dévouement pour lesquels je
n'aurai jamais assez de reconnais-
sance.

A MON FRERE ET A MES SŒURS

A TOUS MES PARENTS

A MON DOCTEUR ALBERT JUHAN

En souvenir d'une longue amitié.

A TOUS MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR A. PATEL

*Professeur de Chirurgie Opératoire,
Chirurgien des Hôpitaux,
Membre Correspondant de l'Académie de Médecine,
Officier de la Légion d'Honneur.*

Il nous a inspiré le sujet de notre travail et nous a toujours accueilli avec bienveillance.

Nous le remercions bien respectueusement pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre Jury de Thèse.

A MES JUGES

A TOUS MES MAITRES CIVILS ET MILITAIRES

INTRODUCTION

Les fibromes de la paroi abdominale sont relativement rares. Aussi lorsqu'on veut aborder leur étude, est-on frappé du nombre vraiment considérable de travaux dont elle a fait l'objet depuis que le premier en fut présenté à la *Société de Chirurgie*, en 1860, par HUGUIER.

Si le grand nombre des travaux anciens est dû sans doute à l'intérêt que présentait alors sa chirurgie, par ses rapports étroits avec le péritoine, il nous semble bien que c'est dans la pathogénie de cette affection que l'on doive chercher l'explication de celui des travaux modernes.

Il y a, en effet, quelque chose d'extraordinaire dans la genèse de ces tumeurs, propres à la paroi abdominale de la femme, et en rapport étroit, dans leur apparition et leur évolution, avec la puerpéralité.

La première thèse qui parut sur ce sujet fut celle de BODIN, en 1861. Il en est paru beaucoup d'autres depuis.

Celle-ci n'aura donc pas l'attrait de la nouveauté, ni celui d'un travail original. Pourtant, nous l'avons choisie, et cela pour deux raisons : la première en est dans l'observation vraiment exceptionnelle qu'a bien voulu nous faire transmettre M. le Professeur PATEL. L'autre, qui est peut-être moins bonne, c'est qu'il nous a semblé que la question n'avait guère pro-

gressé depuis le traité de LABBÉ et RÉMY, travail magistral il est vrai, paru en 1888.

La Médecine, depuis, a bien évolué. N'y avait-il pas l'eu d'explorer à nouveau ce sujet, à la lumière des conceptions nouvelles ?

C'est ce qu'à la fin de notre scolarité médicale, nous avons voulu entreprendre.

Nous trouvant fréquemment en face de théories divergentes, entre lesquelles il y avait lieu de choisir, nous avons cru que, pour nous faire une opinion personnelle, il était bon de remonter directement aux faits. Aussi avons-nous analysé une centaine d'observations de fibromes de la paroi abdominale, choisies parmi les plus complètes de celles qui ont été publiées dans des travaux antérieurs, notamment dans le Traité de LABBÉ et RÉMY, et dans les Thèses de CLARET, de BIREAUD, et de LOUBRY.

C'est sur les résultats de ces recherches, fréquemment consignés en des statistiques, sur l'étude particulière de quelques cas démonstratifs, en rapprochant chaque fois qu'il nous était possible les points restés obscurs avec des notions de pathologie générale, que nous avons ébauché cette modeste étude.

HISTORIQUE

L'histoire de la question des fibromes de la paroi remonte réellement à 1850. Cette année-là, en effet, ont été publiées quatre observations de ce genre de tumeur : la première par Sappey ; la seconde par un médecin militaire belge, Limange ; les deux suivantes par Langenbeck.

C'est bien à tort, semble-t-il, que l'on a voulu y rattacher des faits cités antérieurement. Ainsi la thèse de Dewulf, les observations de Lisfranc et de Boulangier ne contiennent absolument rien qui se rapporte à ce sujet, malgré l'opinion de Grätzer qui les cite dans la bibliographie de sa thèse. Il est probable qu'avant cette date la confusion devait être de règle entre les gros fibromes de la paroi et les fibromes utérins à évolution abdominale ou les kystes de l'ovaire ; et c'est ce qui pourrait expliquer que les deux premiers cas de fibrome de la paroi aient été observés chez des hommes, si l'étude de ces fibromes un peu particuliers ne nous permettait d'avoir quelques doutes à leur égard.

En ce qui concerne les deux cas de Langenbeck, ils sont absolument indiscutables et même typiques de l'affection.

L'année suivante, Bouchacourt donne une observation très complète, où il étudie bien les symptômes et indique pour le diagnostic le signe qui porte son

nom, et qui est presque pathognomonique de nos fibromes ; — nous voulons dire la fixation par la contraction musculaire de la tumeur mobile avec la paroi, lorsque celle-ci est relâchée.

En 1855, paraît une observation de Santesson, chirurgien suédois, dont l'attention déjà est attirée sur une particularité de l'évolution : l'accroissement rapide de ces tumeurs après une période de latence, et qu'il explique par « une imbibition de liquides qui s'interposent à leurs éléments ».

En 1756, Paget fait connaître un fait très intéressant, par son origine traumatique, chez un homme ; et Langenbeck publie un troisième cas.

Mais ceci n'était qu'observations isolées, et ce n'est que le 22 août 1860 que, dans une communication fameuse à la Société de Chirurgie, sera établie nettement par Huguier l'existence de cette affection bien particulière et non classée jusqu'alors. Il indique la nature bénigne de ces néoplasmes, l'adhérence fréquente avec le péritoine qui constitue le danger de leur extirpation. Il avait eu la bonne fortune d'en voir cinq cas en peu de temps ; mais le hasard de ses premiers examens cliniques et de ses premières interventions le conduisit à admettre une grande erreur : la présence d'un pédicule rattachant la tumeur au squelette du bassin, qui en devenait ainsi le point de départ. Et pourtant, déjà dans toutes les observations précédemment publiées, les auteurs indiquaient la paroi musculo-aponévrotique comme origine de la néoplasie. Huguier eut le tort de les ignorer ou de les négliger. La terreur inspirée par la gravité des bles-

sures du péritoine dominait alors l'esprit de tous les chirurgiens ; — le traitement par ligature ou section du pédicule nourricier, conséquence logique d'une anatomie pathologique fausse, allait s'accréditer facilement.

Aussitôt critiqué par Verneuil, il fut à vrai dire défendu assez mollement par Huguier, qui eut même la franchise d'avouer le peu de succès qu'il avait obtenu de ce genre d'intervention.

Une nouvelle consécration allait néanmoins être donnée à cette thèse par Nélaton, qui fait sur cette question une leçon clinique en 1862, et précise « un point d'adhérence ou d'origine constant à la crête iliaque, près de l'épine antéro-supérieure ». Mais comme Huguier, il ne paraît guère enthousiaste de la section du pédicule. A un autre point de vue, il se rend parfaitement compte qu'il y a là une affection propre à la femme jeune, et en rapport étroit avec la vie génitale. Il est vrai qu'il ne connaissait pas de cas chez l'homme et que toutes les femmes qu'il avait vues étaient jeunes et avaient eu des enfants.

La croyance au pédicule devait rester pendant quinze ans la conception de l'Ecole française.

A l'étranger, par contre, les travaux d'ensemble, qui ne commenceront guère à paraître qu'en 1865, pour ne pas avoir la priorité sur les nôtres, marquent du moins cette supériorité de ne parler ni de pédicule, ni d'origine osseuse. L'origine fibro-musculaire est admise sans discussion et l'extirpation chirurgicale acceptée comme le seul mode rationnel de traitement. Et pourtant l'attention a déjà été attirée, entre au-

tres par des chirurgiens suédois, comme Buntzen et Boye, sur le grand danger que fait courir au malade le risque des blessures fréquentes du péritoine.

L'année 1875 a vu sur notre sujet paraître deux travaux de première importance : en Allemagne, la thèse de Suadicani ; en France, un mémoire de Guyon.

Le premier fait connaître les avantages que l'on obtient de l'application de l'antisepsie à l'extirpation de ce genre de tumeurs. Son auteur s'extasie sur les résultats du pansement de Lister qu'Esmarch applique dans ses opérations.

Le second renverse la théorie d'Huguier sur le pédicule. Guyon montre, en effet, que s'il existe, ce n'est que comme adhérence secondaire, nullement douée d'un rôle nourricier.

Mais il faut alors trouver une nouvelle pathogénie à ces tumeurs. Il en fait de simples néoformations fibreuses, comme on en rencontre en d'autres points du corps, à la nuque et au dos par exemple. D'autres conceptions vont suivre.

Grätzer, en 1879, soutient que l'origine de ces néoformations est dans des dépôts embryonnaires, dont il explique embryologiquement la possibilité de la présence dans la sangle abdominale, et que « l'afflux sanguin de la grossesse, joint à la distension de la paroi, amène à se développer.

Puis c'est, en 1883, Herzog, élève de Volkmann, qui décrit ces tumeurs comme des cicatrices musculo-aponévrotiques exubérantes, et apporte à l'appui de cette théorie toute une série d'observations, où l'on

constate nettement que des traumatismes de la paroi, parfois des ruptures musculaires, peuvent constituer le premier stade du fibrome.

Mais vient Sanger, en 1881. Dans une longue étude, il fait une critique très fine des théories précédentes, les rejette et sans, en réalité, proposer une nouvelle explication prétend que l'origine est toujours dans l'appareil syndesmatologique, aponévroses et tendons. De là il déduit le nom de « desmoïdes » qu'il leur attribue et que, surtout à l'étranger, elles porteront longtemps. Au point de vue opératoire, il montre que la séparation par décollement du fibrome du péritoine laisse cette membrane en mauvais état, donne lieu à des hémorragies qui tombent dans la cavité péritonéale, et il préconise nettement la résection de ce péritoine adhérent. La grande perte de substance que subit parfois la paroi, sera comblée par la peau seule, mais sur laquelle il fait des plis pour former « une cicatrice épaisse et résistante ».

On peut dire qu'à ce moment le cadre de l'affection est bien déterminé. On en connaît les grandes lignes, et déjà toutes les grandes théories pathogéniques se sont affrontées. Effectivement, en 1888, va paraître un ouvrage dans lequel, après une étude minutieuse des travaux antérieurs, les auteurs rejettent définitivement bon nombre d'idées fausses émises sur cette question, et font leurs la plupart des notions vraiment acquises, et qui constituent encore aujourd'hui la base des connaissances que nous avons sur elle. Nous voulons parler du « Traité des fibromes de la paroi abdominale » de Labbé et Remy.

Il n'y a guère eu depuis que des discussions sur des points éminemment sujets à controverses, des acquisitions de détail ; et Gérard, vingt ans plus tard, pourra dire que seul un chapitre de cet ouvrage est attaquant : «... la question histologique ; à bon droit le myome est séparé du fibrome, mais fibrome et fibrosarcome sont une même tumeur à des âges divers de son évolution ». Ce point litigieux, nous le verrons dans le cours de notre étude, n'est pas encore éclairci.

En 1897, la thèse de Duchenne fait une étude complète des fibromyomes qui ne permet plus leur confusion avec les fibromes ; celle de Bireaud, la même année, met en lumière la fréquence des récidives opératoires, que ne semble pas avoir entrevu Labbé.

En 1899, Fuyaubert fait sur ce sujet une autre thèse que lui inspire Guinard, où il soutient la provenance presque constante de ces tumeurs aux dépens de la partie intrapariétale du ligament rond.

De nouvelles thèses encore vont suivre, celle de Claret en 1903, et surtout en 1909 celle de Paul Gérard, qui étudie spécialement la partie histologique. Toutes deux concluent à l'isolement du fibro-sarcome et du fibro-myxome du groupe des fibromes purs, et critiquent l'existence de la capsule que Labbé avait décrite comme limitant constamment le fibrome. La dernière rapporte en particulier la méthode opératoire dite *énucléation résection*, qu'ont préconisée, en 1908, Lecène et Delamare, dans un article publié dans le « *Progrès Médical* ».

Puis survient bientôt, de 1914 à 1918, une période

où l'attention est détournée de ce sujet au profit d'une chirurgie plus d'actualité.

Depuis ne sont parus, à notre connaissance, que quelques observations isolées portant sur des curiosités ou sur des cas dont la rareté fait seule la valeur.

Etiologie

Si aujourd'hui les causes qui président à l'apparition de ces tumeurs ne sont encore pas parfaitement connues, on peut, du moins, indiquer avec précision les circonstances dans lesquelles on les voit survenir.

Au point de vue du sexe, il est acquis que c'est là une affection de la femme. Sur une centaine d'observations qu'ont publié Labbé et Rémy, dans quatre seulement, il s'agissait d'hommes. Encore aurait-on le droit d'éliminer les deux premières, celles de Sappey et de Limauge, assez douteuses. Ce sont, en effet, les premières observations de fibromes de la paroi, parues par conséquent à une époque où l'affection était encore bien mal définie.

Evidemment, l'examen histologique, pratiqué dans les deux cas, a décelé du tissu fibreux, mais dans le premier, il s'agit d'une tumeur qui prend naissance au niveau de l'ombilic, siège tellement rare que Labbé et Rémy l'ont nié complètement.

Dans l'autre, il y a altération de l'état général, avec teint jaune paille et troubles digestifs.

Par contre, on peut faire crédit à la troisième, due à Paget, et dont l'origine est nettement traumatique. Quant à la quatrième, publiée par Volkmann, elle a trait à un fibrome qui aurait succédé à une péritonite localisée de la fosse iléo-cæcale, il y a des ganglions inguinaux, l'état général décline rapidement, et il n'y

a pas eu d'examen histologique de la tumeur extirpée.

Si, d'ailleurs, nous voulons étudier l'âge d'apparition et la durée d'évolution de ces fibromes chez des hommes, on ne peut guère ne pas être frappé des dissemblances qu'il y a avec la femme ; nous relevons, en effet, une longue durée d'évolution, respectivement 12 ans, 14 ans, 14 ans, 3 ans, et l'âge avancé ou tout à fait précoce du malade : 39 ans, 41 ans, 13 ans, 41 ans.

L'âge de début de cette affection correspond exactement à celui de la vie génitale de la femme. Sur 90 cas que nous avons étudiés à ce sujet, la femme la plus jeune avait 19 ans lorsqu'elle s'est aperçue de l'existence de sa tumeur, la plus âgée 40 ans.

L'âge auquel nous avons noté le plus grand nombre de cas est 24 ans, et pourrait constituer le sommet d'une courbe aboutissant aux deux âges extrêmes cités précédemment. C'est donc là une affection de la femme jeune ; c'est aussi et surtout une affection en rapport étroit avec la puerpéralité.

En effet, si dans 5 observations, peut-être incomplètes, la grossesse n'est pas notée, si dans 3 son absence est bien spécifiée, dans toutes les autres elle est marquée nettement.

Les 3 observations où elle fait défaut sont sujettes à caution : dans la première, due à Panas, et où il y a eu un examen histologique sérieux, il s'agit, en réalité, d'un fibro-myome. La deuxième, rapportée par Damalix, peut être admise, encore que l'évolution paraisse celle d'un sarcome. C'est aussi le cas de la troisième, due à Péan, où il n'y a pas eu d'opération,

d'où aucun examen histologique ; il semble bien qu'il s'agit encore d'un sarcome.

Il est bon nombre d'observations où les grossesses étant notées, leurs rapports chronologiques avec la date d'apparition de la tumeur, ne le sont pas.

Dans les 33 cas où il en est fait mention, la tumeur n'est jamais apparue avant une première grossesse, 11 fois elle est apparue chez des femmes qui n'ont eu qu'un accouchement.

14 jours après l'accouchement		1 fois
1 an	---	 2 fois
1 an 1/2	---	 2 fois
2 ans	---	 5 fois
3 ans	---	 1 fois

La date moyenne d'apparition après une première grossesse serait donc 2 ans en moyenne.

Dans 24 autres cas, il s'agit de multipares. La date d'apparition est mal déterminée, mais toujours le début du fibrome y est remarqué, soit au cours de la grossesse, soit au moment de l'accouchement, le plus souvent dans une période qui ne dépasse pas 3 ans après le dernier accouchement.

Le début de la tumeur en un point antérieurement traumatisé, et même quelquefois ou elle a été précédée en ce point d'une ecchymose ou d'un petit hématome intrapariétal est souvent signalé. C'est là un argument sérieux, il faut le reconnaître, en faveur de l'étiologie traumatique. Des lésions analogues ont pu être observées au cours de la grossesse ou pendant l'accouchement, en l'absence de tout traumatisme externe. On doit cependant, à la vérité, dire que le fi-

brome de la paroi n'est pas noté avec une fréquence particulière chez les femmes qui ont eu des accouchements difficiles.

L'hérédité n'a jamais été signalée que dans l'observation que nous présentons. N'y serait-elle alors qu'une coïncidence ?

Par contre, nous connaissons un cas où deux tumeurs pariétales, absolument analogues, ont été observées chez deux sœurs.

Anatomie Pathologique

Habituellement, les fibromes de la paroi sont des tumeurs uniques, nous-mêmes n'avons à notre connaissance que cinq cas de tumeur double.

Elles ont été rencontrées dans tous les points de la sangle abdominale, sauf sur l'ombilic, semble-t-il.

Grätzer et Pic en auraient pourtant observé chacun un cas.

Il est à remarquer aussi que le siège exact sur la ligne médiane, tout à fait exceptionnel, est aussi très discuté.

Sur les 90 observations que nous avons étudiées, nous avons trouvé le siège :

Sur la ligne médiane : 8 fois :

Au-dessus de l'ombilic..... 2 fois.

A l'ombilic 0 —

Sous l'ombilic 6 —

A droite : 40 fois ;

A gauche : 37 fois.

Dans 3 autres cas, ces tumeurs étaient doubles et bilatérales. Qu'il soit à droite ou à gauche, le siège le plus fréquent est la région inguinale, puis par ordre décroissant de fréquence, la zone des muscles droits, la fosse iliaque et l'hypocondre.

Nous avons, dans cette statistique, noté le plus souvent possible le siège initial. Mais lorsque la tumeur a acquis un certain développement, ce siège est parfois difficile à préciser exactement ; de plus, des cas

de déplacement de la tumeur ont été signalés ; en particulier celui d'Hartmann retient l'attention. Il s'agit d'une petite tumeur ayant pris naissance au-dessus de l'arcade crurale droite, qu'on a vue se déplacer au cours d'une grossesse pour se porter en haut et à gauche de l'ombilic.

Le siège anatomique exact du début de la tumeur est lui aussi difficile à déterminer. Il est pourtant intéressant de savoir dans quelle couche de la paroi abdominale a lieu le début de la néoplasie.

D'après Labbé, il est certain que ni la peau, ni le tissu adipeux et la couche celluleuse sous-jacente, ni le tissu sous-péritonéal ne peuvent lui donner naissance. Les quelques cas que nous allons signaler et qui contredisent ceci ne sont que de rarissimes exceptions.

L'origine sous-cutanée d'un fibro-sarcome semble bien être établie dans l'observation 12 de la thèse de Claret. Encore est-ce un fibro-sarcome à allure plutôt maligne. Quant aux fibromes sous-péritonéaux, Lenormant en 1914, et Lecène en 1921, en ont apporté chacun une observation à la *Société de Chirurgie*. Ce sont des fibromes purs, bénins, bien énucléables en général, nés dans le tissu cellulaire sous-péritonéal du pelvis qui, dans leur développement lent, refoulent et clivent les organes pelviens.

L'origine de la tumeur bien définie que nous étudions, est donc indiscutablement le plan musculo-aponévrotique et comme le dit Gérard à ce sujet, « personne en dehors de Lagrange n'a soutenu l'origine aux dépens du tissu cellulaire sous-cutané, per-

sonne non plus, n'a jamais prétendu que le fibrome se formait dans les fascias prépéritonéaux.

Effectivement, l'opération trouve le fibrome, soit en plein muscle, sans adhérences marquées aux aponeévroses, soit — et c'est le cas le plus fréquent — soudé au moins à un feuillet aponévrotique, quelquefois aux deux.

Dans le cas où il est soudé au feuillet profond, il est rare qu'il ne le soit pas en même temps au péritoine.

Quant à la forme, variable avec le volume, fréquemment arrondie, elle est plus souvent ovale, et, dans ce dernier cas, lorsqu'elle siège dans le voisinage de l'arcade de Fallope, il est à noter qu'elle oriente volontiers son grand diamètre parallèlement à cette arcade. On l'a vue quelquefois aplatie en galet dans le sens antéro-postérieur ; étranglée par des brides : en sablier, en bouton de chemise, ou lobulée.

Sa surface, généralement lisse, émet parfois des prolongements larges ou pédiculés qui peuvent aller adhérer aux os du voisinage.

Le volume est naturellement très variable, suivant le degré d'évolution. Gros comme une bille, en général, quand la malade les constate, comme une pêche quand elle se décide à venir consulter, il peut devenir considérable ; ainsi le cas de Roktansky où la tumeur descendait jusqu'au genou et pesait 17 kilogs.

D'après Labbé et Rémy, « les fibromes sont toujours encapsulés, ils possèdent de ce fait un des caractères de bénignité les plus nets que l'on connaisse ».

L'examen minutieux de 3 pièces de fibrome donne une toute autre opinion à Lecène et Delamare. « Ces tumeurs ne sont pas partout encapsulées et se confondent toujours en un point avec le tissu musculaire strié de la paroi dans lequel elles s'infiltrant même sur une certaine étendue ».

Nous verrons quel profit retirera le traitement chirurgical de cette constatation.

Histologie

Il est bien impossible de ne pas être frappé par les divergences qui existent entre les différents auteurs qui ont fait des travaux sur ce sujet.

Je me contenterai de résumer deux travaux parmi les meilleurs, et qui me semblent bien représenter les deux conceptions nettement opposées que l'on peut avoir de cette question. Je veux parler de celui de Labbé et Rémy, et de celui de Gérard.

Les premiers auteurs distinguent entre la constitution des petites tumeurs et celle des grosses.

D'après eux, les petits fibromes sont constitués uniquement par du tissu fibreux dont les éléments sont à divers degrés d'évolution, fibres larges ou étroites rectilignes ou onduleuses, cellules rondes ou fusiformes du tissu conjonctif.

Dans les gros, par contre, il existe des parties ramollies où l'on ne voit plus que des cellules ramifiées, anastomosées entre elles, qui forment un réseau dans les mailles duquel est suspendue une masse gélatineuse. Vers la limite des parties fibreuses et des parties molles, un troisième tissu peut se rencontrer ; il est formé par un amas de cellules rondes ou fusiformes qui dissocient les éléments fibreux, mais dont la présence ne doit pas entraîner un pronostic grave.

Et voici, à ce sujet, le meilleur argument des au-

teurs : « Toutes les tumeurs que nous avons observées étaient composées de tissu fibreux, riche en cellules, aucune n'a récidivé ni infecté l'économie. ».

Ce n'est pas l'avis de Gérard, qui nous dit au contraire : « Le microscope nous révèle dans les coupes une même structure. Faites des préparations au centre de la tumeur, faites-en à la périphérie, pratiquez-en surtout dans ces points où la capsule est inexistante, dans ces zones d'adhérence intime, d'envahissement par la tumeur des parties voisines, qui montrent que la vitalité de la tumeur n'est pas épuisée et vous verrez partout les mêmes éléments bénins... Le fibrome est un comme structure. ».

A qui donner raison ? Il nous semble bien que les deux avis sont, en réalité, moins opposés qu'ils ne le paraissent. L'existence du fibrome pur que décrit Gérard est certaine ; c'est même la forme la plus répandue, mais il paraît tout aussi certain, à notre avis, qu'il en est aussi d'autres qui, pour ne pas être des fibromes purs, doivent néanmoins entrer dans le cadre des fibromes de la paroi abdominale.

Toute la question en réalité est là : faut-il séparer complètement le fibrome pur du fibro-myome et du fibro-sarcome de la paroi, pour en faire des affections distinctes ? Gérard, en effet, ne croit ni à la possibilité d'une dégénérescence muqueuse, ni à celle d'une dégénérescence sarcomateuse. Il faut reconnaître que Labbé et Rémy étaient mieux placés que lui pour observer des fibromes dégénérés à une époque où l'intervention était généralement moins précoce qu'aujourd'hui. Pourquoi, d'ailleurs, refuser au fibro-

me la possibilité d'une dégénérescence qui peut se produire au niveau de toutes les tumeurs bénignes.

Il nous semble bien, en effet, qu'on doive admettre la transformation myxomateuse.

W. Ball nous dit à ce sujet, en parlant des tumeurs fibreuses en général : « Divers processus régressifs ou dégénératifs peuvent modifier les caractères macroscopiques des fibromes. La nécrose se traduit par des zones jaunâtres et homogènes. La transformation muqueuse (fibro-myxome) détermine un ramollissement avec translucidité du tissu fibromateux. ».

Reste la dégénérescence fibro-sarcomateuse, plus délicate à affirmer. Nous lisons encore à ce sujet, dans le *Traité d'Anatomie pathologique* de W. Ball. « Le fibro-sarcome et le sarcome fuso-cellulaire sont en général considérés comme appartenant au même type de tumeur. Il s'agirait d'une simple nuance histologique et évolutive du sarcome fuso-cellulaire, qui serait devenu plus riche en fibres conjonctives et à fibroblastes plus écartés, par suite d'une tendance vers le fibrome. »

Cornil et Ranvier eux-mêmes ont constaté « que toutes les formes de passage d'observent entre le fibrome fasciculé et le fibro-sarcome ».

Mais nous pouvons donner des preuves plus concrètes. On sait très bien, par exemple, qu'à la mamelle, les fibromes peuvent devenir le point de départ d'une transformation sarcomateuse.

Berger, dans le *Bulletin de la Société de Chirurgie* de 1894, cite un cas très démonstratif. Il s'agit d'un individu atteint d'une tumeur d'un doigt pour laquel-

le il lui enleva successivement le doigt, le métacarpien correspondant, et lui amputa finalement l'avant-bras au tiers inférieur ; la tumeur récidivant quelques temps après chacune de ces opérations. Le microscope montra que la première tumeur et la première récidive étaient du fibrome pur, alors que la seconde était du fibrome fasciculé très net.

Le fait le plus démonstratif qui puisse être apporté à l'appui de notre thèse, c'est qu'après avoir opéré un fibrome de la paroi abdominale, il s'est fait une récidive sous forme de fibro-sarcome.

Quoi d'étonnant à cela ? On connaît bien l'aptitude du tissu cicatriciel à se transformer en d'autres tissus les plus divers. N'a-t-on pas signalé un certain nombre de cas d'ostéomes développés dans des cicatrices de laparotomie. Pour les expliquer, il faut bien admettre la possibilité d'une métaplasie du tissu conjonctif cicatriciel en tissu osseux, d'ailleurs démontrée expérimentalement par les travaux de Barth, de Sacerdotti et de Posscharissky.

Gérard semble d'ailleurs sentir le caractère par trop exclusif de sa conception. Après avoir écrit : « Pour nous le fibrome de la paroi abdominale est un fibrome pur qui n'a rien à faire avec le fibro-sarcome et le fibro-myxome, du moins dans l'immense majorité des cas ; et toutes ces tumeurs nous paraissent vivre d'une vie indépendante », il va nous livrer lui-même des arguments contre elle. « Il ne faudrait pourtant pas établir une opposition complète entre ces tumeurs qui sont toutes conjonctives et dont la différenciation provient de l'évolution différente de

la cellule conjonctive jeune, qui, suivant les cas, aboutit à la formation du fibrome pur, ou reste avec ses caractères embryonnaires »...., et sans doute est-ce là une explication des dégénérescences diverses observées au sein des fibromes fasciculés. »

La possibilité d'une dégénérescence maligne ne semble donc bien acquise, mais les observations de fibromes douteux, rapportées par Labbé et Rémy, fibromes qui ont été traités si volontiers de fibrosarcomes, ont-elles trait à ce genre d'évolution, ou ne s'agit-il au contraire que de simples variations dans la structure d'une tumeur conjonctive demeurée bénigne. Les auteurs, en effet, ont extirpé ces tumeurs qu'ils décrivent et n'ont jamais observé de récurrence.

On sait pourtant que la récurrence est fréquente, même pour les fibromes purs. Il y a là quelque chose de difficilement explicable. Il faut, de plus, reconnaître la nature généralement bénigne, de la grande partie des tumeurs qui sont étiquetées fibro-sarcomes.

On peut même opposer à ces fibro-sarcomes bénins, quelques cas d'allure extrêmement maligne. Peut-être ces cas doivent-ils être, selon la conception de M. Peyrot, considérés comme « des sarcomes qui offrent pendant toute une période, les caractères de fibromes ».

Qu'allons-nous donc comprendre par fibromes de la paroi ? La grande parenté histologique de toute une gamme de tumeurs conjonctives très voisines les unes des autres, de plus susceptibles de se transformer, ne permet guère, à vrai dire, de délimiter le cadre de l'affection. C'est donc à la clinique qui per-

met, outre certains fibro-sarcomes, d'éliminer les sarcomes purs et même, s'il en était besoin, les fibromyomes déjà nettement séparés par leur origine aux dépens du ligament rond, que nous demanderons l'unité des formes histologiques différentes de fibromes de la paroi abdominale.

Pathogénie

Les théories pathogéniques peuvent être classées en trois groupes, suivant qu'elles donnent comme point de départ de la tumeur :

- 1° Les os du voisinage, en particulier l'épine iliaque antéro-supérieure ;
- 2° La portion intrapariétale du ligament rond ;
- 3° La sangle musculo-aponévrotique abdominale elle-même.

I. — Nous éliminerons facilement le premier groupe. L'erreur d'Huguier est abolie depuis longtemps, et aucune observation nouvelle n'est jamais venue lui donner l'apparence d'un fondement.

II. — Il en sera de même du second. L'origine aux dépens du ligament rond a été reconnue quelquefois ; ainsi la fameuse observation de Panas. Mais il ne s'agit pas là de fibromes, mais bien de fibro-myomes. Les travaux de MM. Delbet et Heresco sur les tumeurs prenant naissance de la portion intra-abdominale du ligament rond nous ont appris leur structure identique à celle des fibro-myomes utérins et l'existence d'un pédicule les reliant à leur lieu d'origine. Nous avons le droit de demander aux tumeurs soi-disant nées de la portion intrapariétale du ligament, de présenter les mêmes caractères. Cela en restreint le nombre à quelques cas assez rares. « Quand il n'y a pas de fibres musculaires lissés, il ne doit pas y avoir d'origine génitale » (Auvray).

III. — Restent les théories qui placent l'origine dans la sangle musculo-aponévrotique elle-même. Nous avons vu au chapitre d'Anatomie pathologique que la situation des néoplasmes de la paroi ne permettait guère d'en voir le début dans une autre couche, mais sans qu'on puisse choisir entre le muscle et l'aponévrose.

Avant d'aborder l'examen de la théorie dite du traumatisme musculaire, nous croyons bon de citer une autre théorie musculaire proposée par Duchenne dans sa thèse de Lyon. Cet auteur rapporte des cas de fibro-myomes dont l'origine aux dépens du ligament rond semble douteuse.

D'après lui, des fibres lisses pourraient être, par un examen minutieux, décelées dans bon nombre de fibromes. Se basant alors sur l'aphorisme de Verihow modifié « *omnis cellula e cellula ejusdem naturæ* », il propose d'en chercher l'origine dans des fibres musculaires lisses qui existeraient normalement dans la paroi abdominale de la femme, et en rapport intime avec les efforts que fournit cette paroi au cours de l'accouchement.

Ces fibres lisses s'hypertrophieraient alors, et pourraient, dans des cas rares, se développer anormalement pour donner naissance au fibrome.

Cette théorie expliquerait bien les rapports de l'apparition de nos tumeurs avec la grossesse. Malheureusement les cas publiés par Duchenne sont très rares et l'on n'a jamais pu déceler dans la paroi abdominale les fibres lisses que l'auteur suppose pouvoir y exister.

Il existe deux grandes causes à la production de tissu fibreux : l'inflammation, le traumatisme.

Il est probable que l'inflammation puisse donner naissance à des fibromes, ainsi les fibromes lamelleux des capsules du foie et de la rate semblent bien devoir lui être attribués.

Mais, à vrai dire, nous ne connaissons guère qu'un cas de fibrome de la paroi où cette pathogénie puisse être invoquée : celui d'une observation de Volkmann reproduite dans le traité de Labbé et Rémy. Encore est-il bien particulier. Il s'agit d'un homme chez qui, à la suite d'une péritonite localisée à la fosse iléo-cæcale, il resta, après disparition de l'inflammation, une petite zone dure qui ne faisait aucun mal, mais qui, deux ans après, commença à grossir. On pratiqua alors l'ablation de la tumeur qui, à l'examen microscopique, fut reconnue comme un fibrome pur.

Reste l'origine cicatricielle post-traumatique, soutenue par Herzog, Labbé et Rémy, plus récemment par Paul Gérard. L'existence de cette forme ne prête guère à discussion. On a noté, en effet, plusieurs cas où un fibrome s'est développé sur une cicatrice de laparotomie, entre autres ceux très démonstratifs de Le Dentu et d'un chirurgien italien, Santi.

M. Lefas, d'autre part, rapporte le fait suivant : Un chien a une patte écrasée ; à l'endroit de la fracture, se développe un fibrome pur.

Mais quel est le traumatisme que nous allons rendre responsable de l'apparition des fibromes de la paroi ? Nous avons pu remarquer que dans la plupart des observations où la puerpéralité n'était pas

en cause, la malade accusait de l'apparition de sa tumeur, un coup reçu sur l'abdomen, mais presque toujours, c'est au cours d'une grossesse ou à la suite d'un accouchement que le fibrome s'est développé.

La distension de la grossesse est certainement traumatisante, les efforts de la paroi abdominale au moment de l'accouchement le sont encore plus, et l'on comprend très bien qu'il puisse se produire une déchirure de la sangle musculo-aponévrotique. Il y a alors formation d'un petit hématome qui, en se résorbant, fait place à du tissu cicatriciel qui pourra se montrer exhubérant. Et l'on cite effectivement l'observation d'une femme chez laquelle l'accoucheur vit survenir rapidement une nodosité douloureuse qui évolua vers le fibrome pur.

Cette théorie traumatique très vraisemblable, il faut le reconnaître, ne satisfait pas complètement l'esprit. Les cicatrices exhubérantes, en général, ne croissent pas indéfiniment. Les cals des fractures auxquels on a comparé si souvent les fibromes de la paroi, s'ils dépassent parfois le volume nécessaire à la réparation osseuse, arrêtent généralement leur croissance à un moment donné.

Le passage d'un processus physiologique de réparation tissulaire à ces formes de fibromes presque malins que l'on observe parfois, a quelque chose qui choque nos notions de pathologie générale. Il faudrait donc admettre l'existence, à la paroi abdominale, d'un facteur entretenant au niveau de la cicatrice une excitation. La grossesse paraît bien en cause dans des cas connus où une tumeur, stationnaire entre

deux grossesses successives, subit au contraire une augmentation considérable à l'occasion de chacune d'elle.

Mais comment agit alors la grossesse ? Est-ce seulement par action mécanique, nous voulons dire par distension de la paroi, ou faut-il faire intervenir aussi un changement propice dans la constitution humorale.

En réalité, nous verrons à propos de l'évolution du fibrome, que dans la grande partie des cas, l'accroissement se fait à la suite d'un accouchement. Nous croyons que si l'on admet pendant la grossesse, l'action excitante d'un facteur mécanique sur le tissu cicatriciel fibreux, on peut admettre en dehors d'elle l'action d'un facteur de même nature qui agit constamment au niveau de la paroi abdominale, nous voulons parler de la traction incessante due au tonus musculaire, qui y est particulièrement puissant, et qui répond à la nécessité physiologique de la bonne contention des organes intra-abdominaux.

Et encore, la théorie de Herzog cadre-t-elle mal avec la particularité d'être uniques, que présentent nos fibromes. On peut supposer que la paroi, quand elle est particulièrement friable, ne se déchire pas seulement en un point, pourquoi alors ne se produirait-il qu'une tumeur ?

De plus, comment ne pas faire l'opposition avec ce qui se passe pour les fibromes de l'utérus ?

Cet organe, lui aussi, subit la distension de la grossesse, les traumatismes de l'accouchement. Et c'est précisément chez la femme stérile que se rencontrent

avec une fréquence particulière, les tumeurs fibreuses dont il est si souvent le siège.

Il faut également noter que cette théorie traumatique, valable à la rigueur pour les fibromes, ne l'est pas pour les sarcomes.

On ne peut, en effet, en voir sérieusement l'origine habituelle aux dépens de fibromes dégénérés. Il faut donc une autre théorie pour nous expliquer leur existence. On doit alors avouer que celle émise, en 1879, par Grätzer, dans sa thèse, est au moins soutenable. A l'instar de Conheim, Grätzer fait remonter l'origine de toutes ces tumeurs dans des dépôts embryonnaires dont il essaie d'expliquer la présence dans l'épaisseur de la paroi, et qui n'auraient besoin que de certaines excitations pour croître, excitations qu'il trouve dans « L'afflux sanguin de la grossesse » et la distension de la paroi.

Le traumatisme observé quelquefois à l'origine d'un fibrome aurait, dans ce cas, très bien pu se produire, comme le faisait déjà remarquer Bockelman à Herzog, dans une tumeur à son début, et n'en serait plus la cause.

Quoi qu'il en soit, notre préférence va à l'origine cicatricielle. Elle est, nous l'avons vu, loin d'être démontrée. Et l'on peut encore se demander ici, où pourtant on semble saisir le pourquoi de la genèse d'une tumeur, comment sont apparues, au niveau de la paroi abdominale, les premières cellules dont la vitalité exagérée a donné lieu à la néoplasie. Préexistaient-elles et le traumatisme n'a-t-il fait que les réveiller et favoriser leur accroissement ? Ou bien

a-t-il pu les créer à partir de cellules normales ?

Encore ici se pose la grande question toujours insoluble de la genèse des tumeurs.

Symptômes

Dès que l'on a lu un certain nombre d'observations de fibromes de la paroi, on est frappé de leur ressemblance ; comme l'a dit Bireaud, « elles semblent calquées les unes sur les autres ».

Il s'agit, en effet, presque toujours d'une femme jeune, dont l'état général est bon, ayant un ou plusieurs accouchements dans ses antécédents et qui, dans un laps de temps qui ne dépasse guère 3 ans après l'un d'eux, a constaté la présence d'une petite nodosité dans l'épaisseur de sa paroi abdominale

Rarement son attention a été attirée à ce niveau par des douleurs. Cette nodosité est restée stationnaire quelques mois ou quelques années, puis brusquement, le plus souvent sous l'influence d'une nouvelle maternité, s'est mise à grossir et même a pu devenir un peu douloureuse. C'est à ce moment, en général, que cette jeune femme s'inquiète et vient consulter.

A l'examen, généralement dans la région inguinale, fréquemment, à peu de distance de l'épine iliaque antéro-supérieure, on distingue une petite tumeur dure, habituellement arrondie, indolore à la pression, mate à la percussion. Quand on saisit cette tumeur et qu'on la soulève, on sent les muscles en rapport avec elle se tendre et même, lorsque son siège n'est pas trop éloigné du squelette, former quelquefois la corde qu'on prenait si volontiers jadis pour un pédi-

cule. Mobile dans tous les sens, et généralement plus dans le sens transversal du muscle auquel elle adhère, cette tumeur est immobilisée dès que l'on détermine la contraction des muscles abdominaux. (Signe de Bouchacourt).

La peau, à son niveau, n'est pas adhérente et ne présente ni altération ni, si du moins la tumeur est encore petite, de troubles vasculaires.

L'absence de douleurs est presque constante. Pourtant, d'après Labbé, il y aurait généralement quelques légères douleurs quand la tumeur siège au pli de l'aîne et plonge dans la fosse iliaque ; elle comprime alors les filets et les troncs nerveux si nombreux en cette région.

Il s'agit le plus souvent d'élançements qui peuvent irradier à la jambe, de piqûres au niveau de la tumeur, que la malade compare à des coups d'épingle.

L'état général n'est jamais altéré du fait de cette affection. Il existe pourtant dans la littérature médicale, des exceptions qui ont été attribuées, soit à la gêne mécanique occasionnée par des fibromes énormes, qu'on ne voit d'ailleurs pas aujourd'hui, soit à des formes rares de fibro-sarcomes qui semblent bien être des sarcomes presque purs.

Les signes fonctionnels sont pour ainsi dire inexistant — nous avons vu ce qu'il en était de la douleur. Nicaise et Hartmann ont signalé une élévation de la température au niveau des grosses tumeurs. On a même observé un cas fébrile, où la fièvre a cessé après l'extirpation du fibrome.

On a vu aussi un fibrome à évolution intro-abdo-

minale qui, se dirigeant vers le diaphragme, gênait la respiration ; d'autres, par compression de l'estomac, rendaient impossible toute alimentation ; enfin, certains ont pu déterminer des troubles vésicaux très accusés.

Il ne faut voir là que des curiosités. Parfois de la dysménorrhée ou des métrorragies ont paru pouvoir être rapportées à la tumeur, qui paraît même subir elle-même l'influence inverse des époques menstruelles. Chez certaines malades elle semble alors grossir, chez d'autres elle devient douloureuse.

Mais ces faits sont trop inconstants pour qu'on puisse les élever à la hauteur d'une règle générale.

Evolution - Pronostic

Comme nous l'avons signalé, si, dans de nombreux cas, l'évolution semble continue et lente, plus souvent on assiste, après une période de latence ou d'accroissement très lent, au brusque développement de la tumeur.

Sur 90 observations que nous avons étudiées, nous avons trouvé noté 39 fois ce changement manifeste dans l'allure évolutive de l'affection.

Ces cas se répartissent ainsi :

— Pendant la grossesse : 10. Quand la date exacte est indiquée, c'est toujours du sixième mois au neuvième mois, c'est-à-dire à la fin de la grossesse. Dans un cas rapporté par Buntzen, cet accroissement, devenu rapide vers la fin de la grossesse, s'est encore accéléré depuis l'accouchement.

De même Broca a observé une petite tumeur qui a pris un développement de 31 centimètres de diamètre pendant la durée d'une grossesse.

— Après l'accouchement : 12. Ces cas se répartissent dans une période qui commence aussitôt après l'accouchement et peut aller jusqu'à quelques mois.

Cet accroissement est parfois frappant. Dans un cas, immédiatement après l'accouchement, la tumeur a triplé de volume en trois semaines, après être restée un an stationnaire.

— A l'occasion d'un traumatisme : 1. peu probant d'ailleurs.

— En rapport avec les époques menstruelles : 3. Ainsi, dans une observation de Labbé, après chaque période la tumeur grossit d'une façon appréciable.

— Dans 13 autres cas, l'accroissement brusquement rapide est signalé. Mais sa coïncidence avec une grossesse est omise ou inexistante. Dans un cas même il est

spécifié qu'il s'agit d'une femme qui n'a jamais eu d'enfants, et où l'évolution rapide succède à une période de deux ans et demie, pendant laquelle la tumeur était restée stationnaire.

Dans les 39 cas où le développement est devenu brusquement rapide, notons qu'après ablation de la tumeur, on a trouvé à l'examen histologique, 16 fois des fibromes fasciculés purs, 15 fois des fibro-sarcomes, 4 fois des fibro-myxomes, 4 fois il n'y a pas eu d'examen.

Nous avons remarqué que cet accroissement brusque, après une période de latence, n'est pas signalé une seule fois dans les 8 observations de fibro-myomes qui figurent dans la Thèse de Duchenne. Par contre, il l'est fréquemment quand il s'agit de sarcomes et c'est souvent aussi à l'occasion d'une grossesse que ces dernières tumeurs révèlent leur nature maligne.

Il en est d'ailleurs de même pour d'autres sortes de tumeurs ; ainsi tel papillome cité par Claret dans sa thèse, et qui avait la grosseur d'un grain de mil depuis dix ans, fut deux fois décuplé de volume au cours d'une gestation.

Parfois, au niveau des grosses tumeurs, le réseau veineux sous-cutané prend un développement considérable. La peau peut devenir adhérente et même s'ulcérer. Mais la généralisation n'a jamais été observée, la cachexie est extrêmement rare, les ganglions ne se prennent pas. Il a pu exister simultanément plusieurs fibromes, ou encore deux fibromes ont pu se succéder à quelques années d'intervalle. Labbé, Huguier et Grätzer ont rapporté des faits de ce genre dans lesquels il nous faut voir de simples exceptions.

Diagnostic

L'allure bien particulière et le terrain spécial de cette affection rendent le diagnostic en général facile.

Il s'agit de déterminer le siège, ainsi que la nature fibreuse de la néoformation. Le signe de Bouchacourt, déjà décrit, est suffisant, dans la plupart des cas, à préciser le siège dans la paroi.

Mais lorsque la tumeur siège dans les couches profondes, on doit souvent avoir recours à la manœuvre dite du soulèvement en masse.

Le ventre étant relâché au maximum, on saisit à pleines mains, par un large pincement, la paroi abdominale, on la soulève en même temps qu'on cherche à insinuer l'extrémité des doigts sous la tumeur.

On observe :

1° La tumeur vient avec la paroi : elle est pariétale.

2° La paroi se détache facilement de la tumeur : elle est intrapéritonéale.

3° On soulève la tumeur, mais elle paraît retenue profondément : elle est donc intrapariétale avec des connexions intraabdominales.

Il peut être utile aussi de placer la malade sur ses coudes et sur ses genoux, et on voit alors la tumeur se détacher des parties profondes et entraîner la paroi.

On éliminera ainsi les tumeurs intra-abdominales :

— les tumeurs et en particulier le cancer de l'épiploon ;

— les fibromes utérins : c'est l'erreur la plus fréquente d'après Labbé, mais ils se ramollissent pendant la grossesse, alors que le fibrome de la paroi garde sa consistance dure ;

— les kystes de l'ovaire. Des erreurs de diagnostic de ce genre ont pu subsister même au début de l'opération. Les enveloppes de la tumeur étant souvent feuilletées, on peut avoir l'illusion d'ouvrir le péritoine en abordant la tumeur.

— les kystes hydatiques du péritoine ;

— les tumeurs intra-abdominales du ligament rond ;

— les tumeurs des organes abdominaux, en particulier les tumeurs du foie. Tillaux, à ce sujet, a indiqué un très bon signe :

L'extrémité supérieure de la tumeur est repérée par un trait sur la peau. On constate qu'elle se déplace avec les mouvements respiratoires, alors qu'au contraire elle reste immobile dans les cas de fibrome de la paroi.

— les tumeurs du mésentère ;

— les entéroécèles et entéro-épiplocèles.

C'est surtout avec les tumeurs de la paroi elle-même que le diagnostic est à faire.

— les hernies, de siège spécial, réductibles, sonores, impulsives à l'effort et à la toux.

— les hématomes, d'origine traumatique, avec souvent coexistence d'ecchymoses ;

— les hernies musculaires qui résultent d'un effort violent, de consistance très particulières ;

— le lipome superficiel, lobulé, molasse ; quand il a un siège intra-musculaire, il est pourtant difficile à

reconnaître, de même quand il est profond, propéritonéal ;

— les tumeurs du ligament rond, siègent toujours au niveau du canal inguinal, et souvent sont reliées au ligament rond par un pédicule ;

— les exostoses venant de la ceinture pelvienne, en particulier de la crête iliaque, reliées le plus souvent à leur lien d'origine par un pédicule, et de consistance particulière ;

— les gommés syphilitiques, adhèrent toujours plus ou moins à la surface cutanée. Le tissu cellulaire voisin est un peu infiltré. Il y a des antécédents syphilitiques ;

— les kystes hydatiques, qui peuvent être intra-musculaires, inter-musculaires, ou propéritonéaux. Leur diagnostic est surtout difficile dans le premier cas. Il est alors fondé sur la résistance élastique, et la surface lisse du kyste, à opposer à la dureté souvent ligneuse, et la surface bosselée du fibrome. On peut aussi citer le kyste hydatique du bassin, immobile pendant le relâchement musculaire. Dans tous ces cas, la ponction éclaire le diagnostic.

— Comme diagnostic différentiel intéressant, on peut citer encore les tumeurs inflammatoires chroniques de la paroi abdominale, consécutives à des opérations pour hernies, qui paraissent plusieurs mois, ou quelques années après la kélotomie, évoluent lentement et progressivement, et n'attirent l'attention du malade que par leur volume. Le diagnostic ne peut se faire d'une manière certaine que par une inci-

sion de la prétendue tumeur. On trouve alors à son centre un petit abcès avec un fil de soie.

Autrefois, le diagnostic se posait surtout d'après Labbé, avec le sarcome encéphaloïde plus diffus, moins localisé dans son évolution à la couche musculaire, qui retentit sur l'état général, et parfois, mais rarement, sur les ganglions, d'évolution rapide et continue, de consistance molle. Il apparaît d'ailleurs avec une fréquence presque égale chez l'homme et chez la femme, et à tous les âges. Sa marche est rapide dès le début, et la tumeur souvent douloureuse.

Aujourd'hui, il est bien inutile de s'appesantir sur le diagnostic du fibrome avec les tumeurs de siège pariétal, mais de nature plus maligne. Toujours la conduite à tenir est la même : l'intervention chirurgicale.

Traitement

Les anciens modes de traitement, tels que la section du pédicule chère à Huguier, sa simple ligature préconisée par Richet, les pommades, fondants, sétons, cautères, ne viennent plus aujourd'hui à l'esprit de personne.

L'américain Colery, à la fin du siècle dernier, aurait obtenu des succès par injection dans des fibro-sarcomes de la paroi à allure maligne de « toxines mêlées de streptocoques érysypélateux et de Bacille Prodigieux ».

Il est peu probable qu'on doive s'orienter dans ce sens, un seul mode de traitement s'impose : l'extirpation chirurgicale du néoplasme.

Les grandes discussions d'autrefois pour savoir si la tumeur doit être enlevée en totalité, pour savoir si l'on doit simplement, en cas d'adhérence, gratter le péritoine ou le réséquer, n'ont plus raison d'être.

L'asepsie a donné raison aux partisans de l'opérations sans contradictions, et de la résection du péritoine adhérent.

Que dans quelques cas, au cours de la grossesse en particulier, l'intervention puisse être différée, c'est certain ; mais l'âge avancé du sujet, l'allure maligne de certains de ces néoplasmes auxquels Péan ne voulait pas toucher, sont des objections qui ne doivent plus avoir cours.

Le fibrome, en certaines zones, se laisse cliver faci-

lement des tissus environnants, mais là où il adhère aux muscles, dans ces points qui, précisément, répondent à ceux où l'histologie nous a montré la déficience de la pseudo-capsule et l'infiltration fibreuse dans les tissus voisins, il ne faut plus travailler au ras de la tumeur, mais trancher franchement en plein muscle. Il faut, en un mot, employer la méthode préconisée par Lecène et Delamare : l'énucléation résection.

On ne doit pas, nous disent en effet ces auteurs, hésiter à exciser le néoplasme, les fibres musculaires, sponévrotiques, et même le péritoine, adhérents à lui ou infiltrés par lui. Après quoi on reconstituera la paroi abdominale.

C'est la seule manière d'éviter les récidives opératoires.

Et l'on sait que ces récidives sont fréquentes. Il est classique de citer à ce sujet la statistique de Pfüffer qui en compte 33 sur 107 cas opérés, et les 6 récidives observées par Esmarch, chez la même malade, à la suite de 6 interventions. Ces récidives sont d'ailleurs la seule objection sérieuse que l'on puisse formuler contre la nature essentiellement bénigne des fibromes de la paroi abdominale.

OBSERVATION

En Décembre 1922, était envoyé à M. le Professeur Patel, en vue d'opération, une jeune femme de 26 ans qui, quatre mois auparavant, avait remarqué la présence de petites tumeurs au niveau de sa paroi abdominale.

Dans ses antécédents, on notait un accouchement un an plus tôt. L'enfant était mort, à trois mois, de méningite. La malade, de plus, raconte que sa mère, opérée en 1908 par M. Pollosson, est morte de tumeurs de la paroi abdominale.

M. Patel fit, le 11 décembre 1922, l'ablation d'une volumineuse tumeur dans le grand droit à droite, de deux noyaux superficiels et d'un noyau dans le grand oblique.

L'examen histologique de ces tumeurs, fait par M. Dunet, montra qu'il s'agissait de fibro-sarcomes.

Trois mois après, la malade avait engraisé de 6 kilos.

Deux mois après, l'ablation de deux noyaux récidivants fut faite : l'un sur le grand droit, l'autre sur le grand oblique.

Cette malade ne fut pas revue jusqu'au moment où elle se présenta à la Clinique Obstétricale de Lyon, le 8 juin 1925, enceinte pour la deuxième fois, à terme le 27 juin. L'examen obstétrical fut gêné par l'existence de tumeurs volumineuses multiples de la paroi abdominale.

Voici l'aspect de cette paroi : deux lignes d'incision sur les bords externes des droits correspondant aux interventions de 1922 et 1923, la gauche de 33 centimètres de long ; la droite de 26 centimètres.

A gauche de l'intersection du grand droit et des fausses côtes, existe une tumeur de la grosseur approximative d'une tête fœtale, de consistance ferme, parcourue par un réseau superficiel abondant.

Au-dessus du pubis, une grosse masse transversale, prédominant surtout à gauche, de même consistance, peu mobilisable, ne semblant pas cependant avoir envahi les plans osseux.

Infiltration diffuse du reste des droits, avec, en certains points, des noyaux plus ou moins saillants.

Au toucher on perçoit sur la face antérieure du sacrum et au niveau du petit ligament sacro-sciatique droit, une masse dure du volume d'une grosse amande.

Le travail s'effectua d'une façon très normale : la dilatation dura dix-huit heures. Une application de forceps au bas de l'excavation pour une insuffisance de contractions fut nécessaire, qui ne présenta, du reste, aucune difficulté. L'enfant, une fille de 3.380 grammes, était normale. Le placenta pesait 410 grammes. Les suites de couches, qui furent normales, ne furent troublées que par des incidents déclanchés par un traitement radiothérapique.

Les tumeurs furent soumises trois fois aux rayons X. Il n'a pas semblé qu'aucune modification de consistance, ni de dimension s'ensuivit. Mais une ascension thermique à 38-39° se produisit aussitôt. En même temps se produisit une poussée phlébitique au niveau du membre inférieur gauche qui s'éteignit très rapidement.

Nous avons appris par la suite que cette malade est morte au mois de janvier 1927 dans un état de cachexie extrême.



Fibro-sarcome de la paroi abdominale,
dont nous rapportons l'observation.

(Photographie prise à la Clinique Obstétricale de Lyon)

CONCLUSIONS

I. — Les fibromes de la paroi abdominale sont des tumeurs généralement bénignes. Elles se développent presque toujours chez la femme, et semble-t-il, sous l'influence de la grossesse.

II. — Ces tumeurs peuvent apparaître dans tous les points de la paroi antéro-latérale de l'abdomen, mais sont plus fréquentes dans la région inguinale.

III. — Leur évolution se fait le plus souvent en deux phases. La première où l'accroissement est lent ; la seconde où cet accroissement est rapide et dont le début coïncide souvent avec une grossesse.

Les examens histologiques pratiqués sur des tumeurs à cette seconde phase ont montré qu'il s'agissait encore quelquefois de tissu fibreux pur, mais plus souvent ont montré une dégénérescence fibrosarcomateuse.

IV. — Outre la grossesse, il est possible d'incriminer, pour expliquer la localisation de semblables tumeurs uniquement à la paroi abdominale, les conditions physiologiques de tonus particulières à cette paroi.

LE PRÉSIDENT DE LA THESE,
PATEL

Vu :

POUR LE DOYEN,
l'Assesseur,
Etienne ROLLET

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 18 Octobre 1929.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
Joseph GHEUSI

BIBLIOGRAPHIE

- HUGUIER. — *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 1860
- CORNILS. — *Thèse de Kiel*, 1865.
- SUADICANI. — *Thèse de Kiel*, 1875.
- GUYON. — *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 1875 ; *Tribune Médicale*, 1876-1877.
- SALESSES. — *Thèse de Paris*, 1876.
- GRATZER. — *Inaug. dissert.*, Breslau, 1879.
- PEAN. — *Traité des tumeurs abdominales*, 1880.
- SKLIFOWSKI. — *Thèse de Moscou*, 1882.
- GUERRIER. — *Thèse de Paris*, 1883.
- SANGER, — *Archiv. für Gynækologie*, 1884.
- DAMALIX. — *Thèse de Paris*, 1886.
- LABBÉ ET REMY. — *Traité des fibromes de la paroi abdominale*. Paris, 1888.
- PIC. — *Lyon Médical*, 1888.
- LEDDERHOSE. — *Deutsche Chirurgie*. Stuttgart, 1890.
- TURNER. — *Thèse de Paris*, 1894.
- BERGER. — *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 1894.
- RECLUS. — *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 1895.
- BIREAUD. — *Thèse de Bordeaux*, 1897.
- DUCHENNE-MARULAZ. — *Thèse de Lyon*, 1898.
- STOUFFS. — *Bull. Soc. belge de Gynéco et d'Obstétrique* Bruxelles, 1902.
- LOUBRY. — *Thèse de Lille*, 1903.
- CLARET. — *Thèse de Paris*, 1903.

- DE ROTHSCHILD. — *Revue d'hygiène et de médecine infantile*. 1905.
- TATARINOFF. — *Kirurgia*. Moscou, 1906.
- BOURSIER. — *Journal de Médecine de Bordeaux*, 1907.
- LECÈNE ET DELAMARE. — *Progrès Médical*, 1908.
- GÉRARD (Paul). — *Thèse de Paris*, 1909.
- BERTRAND. — *Thèse de Montpellier*, 1910.
- FABRIS. — *Morgagni Milano*, 1912.
- MAHNZ. — *Thèse de Munich*, 1910.
- MIGINIAC ET GIROU. — *Bull. et mém. Soc. anat. de Paris*, 1913.
- SANTI. — *Ginecologia*. Firenze, 1913.
- DIEULAFÉ. — *Bull. d'Obstétrique et de Gynécologie*. Paris, 1914.
- FORGUE. — *Pathologie externe*. 1924.
- SCHWARTZ ET QUENU. — *Traité de Chirurgie* (L.e Deatu et Delbet).
-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Introduction	10
Historique	11
Etiologie	19
Anatomie pathologique	23
Histologie	27
Pathogénie	33
Symptômes	40
Evolution - Pronostic	43
Diagnostic	45
Traitement	49
Observations	51
Conclusions	53
Bibliographie... ..	55
